

Apuvälinekummitoiminta, osallistujan sopimus

Apuvälinekummitoiminta on vapaaehtoista ja sen toimintaperiaatteisiin sitoutunutta toimintaa. Tällä sopimuksella lähdän mukaan apuvälinekummitoimintaan ja noudatan tämän sopimuksen periaatteita.

Tähdellä (*) merkityt kohdat ovat pakollisia.

Yhteystiedot

Etunimi*	
Sukunimi*	
Puhelin*	
Sähköposti*	
Katuosoite*	
Postinumero*	00420
Postitoimipaikka*	HELSINKI
Syntymävuosi	

Apuvälinettä ja sen käyttöä koskevat tiedot

Liittyy vertaistuen välittämiseen ja sopivan apuvälinekummin löytämiseen.

Käytössäsi oleva liikkumisen apuväline*	
Apuvälineen käyttämisen ja tapaamisen kannalta merkitykselliset sairautta tai vammaa koskevat tiedot	

Invalidiliiton jäsenyhdistyksen jäsenyys*

Mihin jäsenyhdistykseen kuulut?	
---------------------------------	--

Uuden vertaistukisuhteen yhteydenottotapa* Laita rasti ruutuun.

Minulle sopii, että meidän molempien yhteystiedot välitetään toisillemme.	
Haluan, että seuraavat tiedot annetaan apuvälinekummille, jotta hän ottaa ensin yhteyttä.	
<ul style="list-style-type: none">Nimeni ja puhelinnumeroni	
<ul style="list-style-type: none">Nimeni ja sähköpostiosoitteeni	
Haluan, että saan apuvälinekummin yhteystiedot, jotta otan ensin yhteyttä.	

Lisätietoja, tarkennuksia tai erityistoiveita koskien apuvälinekummitoimintaa. Mihinkin toivon neuvoja ja vinkkejä

Apuvälinekummitoiminnan periaatteet

Apuvälinekummi ei ole kuntoutuksen eikä apuvälinealan ammattilainen, vaan toimintaan koulutettu vertainen ja hän välittää eteenpäin omaa kokemustietoaan koskien liikkumisen apuvälineen käyttöönottoa sekä sen käyttämistä. Hän tukee, rohkaisee ja kannustaa liikkeelle liikkumisen apuvälineellä. Tapaamiskertoja apuvälinekummin kanssa on 1-5 ja ne tapahtuvat julkisissa tiloissa. Apuvälineenkäyttäjä osallistuu toimintaan omalla vastuullaan.

Mikäli apuvälinekummi tai apuvälineenkäyttäjä on Invalidiliitto ry:n jäsenyhdistyksen jäsen, hänellä on voimassa oleva tapaturmavakuutus apuvälinekummitoiminnan aikana. Muutoin tulee huolehtia omasta tapaturmavakuutuksesta.

Otan tarvittaessa yhteyttä Helsingin Invalidien Yhdistykseen apuvälinekummitoimintaan liittyvissä asioissa, kuten esimerkiksi ongelmatapauksissa.

Apuvälineenkäyttäjälle ei korvata matkakuluja eikä muita mahdollisia apuvälinekummitoiminnasta aiheutuvia kuluja.

Minulla on **vaitiolovelvollisuus** kaikkien niiden henkilöitä koskevien tietojen osalta, jotka koskevat apuvälinekumppia, vertaistukisuhdetta tai muita vertaisia. Vaitiolovelvollisuus pätee myös vertaistukisuhteen päättymisen jälkeen.

Henkilötietojani käsitellään EU:n tietosuojasetuksen 216/679 ja Apuvälinekummitoiminnan (1.5.2022) tietosuojaselosteen mukaisesti. Rekisterin tietoja käytetään ainoastaan apuvälinekummitoimintaan liittyvissä asioissa eikä tietoja julkaista missään ilman erillistä lupaa.

Annan suostumukseni (rasti ruutuun)

- edellä ilmoittamieni henkilötietojen käsittelyyn ja rekisteröintiin apuvälinekummitoiminnan käytännön järjestelyn hoitamiseksi.
- käytettävissäni olevan/olevien apuvälineen/apuvälineiden tietojen käsittelyyn ja rekisteröintiin apuvälinekummitoiminnan käytännön järjestelyn hoitamiseksi.
- edellä mahdollisesti ilmoittamani apuvälineen käyttöön liittyvän terveydentilaani koskevan tiedon käsittelyyn ja rekisteröintiin apuvälinekummitoiminnan käytännön järjestelyn hoitamiseksi.

Sopimukseni ja suostumukseni ovat voimassa apuvälinekummitoimintaan osallistumisen ajan. Halutessani voin lopettaa toiminnan ilmoittamalla Helsingin Invalidien Yhdistys ry:n yhteyshenkilölle. Syytä ei tarvitse kertoa.

Sopimus on tulostettu kahtena kappaleena.

Osallistuja, apuvälineen käyttäjä

Paikka ja aika*	Allekirjoitus ja nimenselvennys*

Helsingin Invalidit Yhdistys ry

Paikka ja aika*	Allekirjoitus ja nimenselvennys*
HELSINKI	